

P57

## 174. ¿PUEDE EL RESIDENTE REALIZAR CIRUGÍA CORONARIA SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA?

Vázquez Sánchez A, García Fuster R, García Peláez A, Martín Gutiérrez E, Reis M, Gil Albarova O, Cánovas López S, Hornero Sos F, Martínez León J

*Hospital General Universitario, Valencia*

**Objetivos:** tradicionalmente la cirugía coronaria sin circulación extracorpórea ha sido desarrollada de manera exclusiva por cirujanos cardíacos experimentados. Se presentan los resultados iniciales en un solo centro, de cirujanos en formación (residentes) con esta intervención.

**Material y métodos:** revisión retrospectiva (2001-2009) de 40 casos realizados por residentes en comparación con 789 intervenidos por cirujanos expertos. Se estudiaron el perfil preoperatorio, de riesgo y los resultados postoperatorios, así como la existencia de una asociación entre éstos y el grado de experiencia del cirujano.

**Resultados:** ambos grupos fueron comparables en cuanto a características demográficas y comorbilidad. El perfil de riesgo fue significativamente más bajo en el grupo de residentes (EuroSCORE logístico  $5,07 \pm 4,63$  vs  $8,00 \pm 7,85$ ). No se apreciaron diferencias en cuanto al número de injertos realiza-

dos ( $2,47 \pm 0,87$  vs  $2,81 \pm 1,00$ ), ni en morbilidad postoperatoria mayor: tal como reintervención por sangrado ( $2,8$  vs  $3,6\%$ ), infarto de miocardio perioperatorio ( $5,6$  vs  $1,5\%$ ) o accidente vascular cerebral permanente ( $0$  vs  $0,9\%$ ). Tampoco al considerar la necesidad de transfusión de hemoderivados ( $0,87 \pm 1,85$  vs  $0,97 \pm 2,57$ ). La mortalidad perioperatoria fue mayor en el grupo de residentes ( $7,5$  vs  $5,2\%$ ), sin alcanzar la significación estadística. En un modelo de regresión logística, la edad y la insuficiencia renal preoperatoria fueron predictores independientes de mortalidad ( $p < 0,05$ ), pero no así el grado de experiencia del cirujano ( $p = 0,61$ ).

**Conclusiones:** los cirujanos en formación deberían familiarizarse progresivamente con las técnicas de cirugía coronaria sin circulación extracorpórea supervisados por personal experimentado. Compartir en lugar de delegar los casos podría mitigar el efecto de la curva de aprendizaje.

P58

## 178. LINFOMA CARDÍACO. UNA NEOPLASIA INFRECIENTE

Sandoval E, Quintana E, Ninot S, Moreno A, Mestres CA

*Hospital Clínic, Barcelona*

**Objetivos:** la incidencia de los tumores cardíacos primarios del 0,001-0,03%. El 80% son benignos. De los malignos, el 95% sarcomas y menos del 5%, linfomas. Presentamos un caso de linfoma cardíaco auricular derecho que requirió intervención diagnóstica.

**Material y métodos:** varón de 57 años en hemodiálisis, con historia de linfopenia idiopática diagnosticada hacía 18 años a raíz de tuberculosis peritoneal y gastrectomía por linfoma 10 años antes. Se diagnosticó de masa auricular derecha adherida a catéter de hemodiálisis, a raíz de disnea de esfuerzo progresiva de 2 meses de evolución, hasta resultar invalidante. La imagen ecocardiográfica preoperatoria confirmó una masa intraauricular derecha móvil de  $5 \times 6$  cm, ocluyendo la válvula tricúspide. El estudio por tomografía por emisión de positrones (PET) no mostró captación en otras localizaciones ni aparente infiltración miocárdica. Se recomendó intervención con el diagnóstico de trombosis auricular derecha inducida por catéter.

**Resultados:** el paciente fue intervenido bajo circulación extracorpórea con el corazón latiendo. Se confirmó amplia base de implantación, de  $3 \times 3$  cm, y escasa adherencia al catéter de diálisis, reseándose la tumoración. El estudio histopatológico confirmó linfoma no hodgkiniano de células B y características intermedias entre linfoma difuso de células grandes y linfoma de Burkitt. La resonancia magnética (RM) postoperatoria no mostró masas intraauriculares. Se inició terapia con anticuerpo monoclonal (rituximab) y corticoterapia.

**Conclusiones:** los linfomas cardíacos son de alto grado de agresividad. La localización principal es la aurícula derecha, con clínica inespecífica y variable. No existe claro consenso sobre el tratamiento de elección, pero parece haber mayor supervivencia con tratamiento combinado con quimioterapia con antraciclínicos y radioterapia.